

記入例

第1号様式（第4条）

紙おむつ給付サービス申請書

令和6年 5月 27日

（あて先）印西市長

住所 印西市大森2364-2
申請者氏名 印西 太郎
電話 0476-42-5111
対象者との関係（ 本人 ）

下記のとおり紙おむつ給付サービスを利用したいので、申請します。

記

| | | | | | | | |
|--|-----|--|---------|---|-------------------|---------------|--|
| 対象者 | 住所 | 印西市大森2364-2 | | | 電話 | 0476-42-5111 | |
| | 氏名 | 印西 太郎 | | | 生年月日 | S20年 1月 1日 | |
| 介護保険被保険者番号 | | 0000000000 | 要介護状態区分 | | 要介護 ② ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| 認定の有効期間 | | 令和 6年 1月 1日 から 令和 7年 12月 31日まで | | | | | |
| 給付を希望する紙おむつの番号に○をして、必要事項を記入してください。 | | | | | | | |
| 1 | 単品 | フラットタイプ 品名： (サイズ) | | | | パック | |
| 2 | | パンツタイプ (式) 品名： (サイズ) | | | | パック | |
| 3 | | 尿とりパッド 品名： | | | | パック | |
| 4 | 組合せ | 品名： サルバやわ楽パンツしっかり長時間 (M~L サイズ) | | | | 1 パック | |
| | | 品名： サルバLパッドスーパー (サイズ) | | | | 2 パック | |
| 給付先 | | ① 対象者住所（自宅） | | | | | |
| ※番号に○をつけてください | | 2 上記以外（住所等を記入してください。） 住所：印西市 名称： | | | | | |
| 受給決定を受けた場合は、受託者に住所、氏名、電話番号等の個人情報を提供することに同意します。 対象者名 印西 太郎 | | | | | | | |
| 緊連絡先 | 住所 | 印西市大森2364-2 | | | 電話 | 000-1234-5678 | |
| | 氏名 | 印西 花子 | 続柄 | 子 | 備考 | | |